



DIFICULTAD PARA CUIDADO DE DEPENDIENTES DEBIDO A COVID-19 - FORMULARIO DE TU DECLARACIÓN

INSTRUCCIONES: Este formulario es para solicitantes que expresan que han sido afectados por el COVID-19, pero no pueden proporcionar documentación de haber experimentado un impacto económico negativo. Este formulario de auto certificación debe completarse para certificar la declaración de dificultades económicas del solicitante debido al COVID-19 y debe adjuntarse / cargarse a la solicitud del solicitante. Según corresponda, este formulario deberá ser completado por un adulto (mayor de 18 años) en el hogar que afirme haber experimentado un impacto económico negativo debido al COVID-19.

Certifico que experimenté una reducción en los ingresos del hogar a partir del 1 de abril de 2020 debido a la pandemia del COVID-19 debido a la necesidad de reducir las horas o dejar el trabajo para cuidar a un dependiente debido al cierre de una escuela o centro de atención, y **NO PUEDO** proporcionar documentación de la siguiente lista:

- Declaración de desempleo más reciente durante 2020/2021
- Carta de despido, suspensión o licencia
- Talones de pago que muestren la reducción en las horas de trabajo (se deben proporcionar al menos 4 semanas de talones de pago antes de la dificultad de COVID y 4 semanas durante la dificultad de COVID)
- Talones de pago que muestren una reducción en los ingresos (se deben proporcionar al menos 4 semanas de recibos de pago antes de las dificultades de COVID y 4 semanas durante las dificultades de COVID)
- Aviso de cierre comercial (carta del empleador de cierre, anuncio de cierre en el periódico, etc.)
- Documentación de costos significativos incurridos, como cuidado de niños o dependientes o gastos médicos.

Yo, _____, por la presente atestigo, que, al momento de presentar esta solicitud, he experimentado una reducción en los ingresos del hogar debido al COVID-19 y **NO PUEDO** proporcionar la documentación formal que se enumera anteriormente para su verificación. Certifico bajo pena de perjurio que la información anterior es completa y precisa a mi leal saber y entender. El abajo firmante comprende además que proporcionar declaraciones falsas en este documento constituye un acto de fraude. La información falsa, engañosa o incompleta puede resultar en la terminación y le será requerido el pago de cualquier beneficio recibido a través del Programa de Asistencia de Alquiler de Emergencia del Condado de Elkhart y un posible enjuiciamiento penal, incluso por parte del gobierno federal.

El condado de Elkhart se reserva el derecho de realizar un seguimiento con usted mientras se revisa su solicitud de asistencia o después del procesamiento de su solicitud.

Nombre y Apellido
(Con letra de imprenta)

Firma del Solicitante

Fecha